



CSSRI-UPSIDES

SERVICE RECEIPT für alle in Anspruch genommenen Gesundheits- und Sozialleistungen

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt?

[css001] 0 = Nein 1 = Ja

[css002] Bitte führen Sie alle stationären Krankenhausaufenthalte während der letzten 6 Monate auf.

	Service	Service in Anspruch genommen?	Anzahl der Aufnahmen	Summe der abrechenbaren stationären Tage (während der letzten 6 Monate)
[css003]	Psychiatrische Aufnahmestation	0 = Nein 1 = Ja		
[css004]	Psychiatrische Normalstation	0 = Nein 1 = Ja		
[css007]	Normalstation (Schwerpunkt: körperliche Gesundheit)	0 = Nein 1 = Ja		
[css009]	Suchtstation	0 = Nein 1 = Ja		
[css012]	Andere _____	0 = Nein 1 = Ja		

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen tagesklinischen Krankenhausaufenthalt?

[css043] 0 = Nein 1 = Ja

[css044] Falls ja, bitte führen Sie alle tagesklinischen Krankenhausaufenthalte der letzten 3 Monate auf.

	Service	Service in Anspruch genommen?	Einheit	Zahl der Besuche (in den letzten 3 Monaten)
[css045]	Institutsambulanz	0 = Nein 1 = Ja	Besuche	
[css046]	Psychiatrischer Krisendienst	0 = Nein 1 = Ja	Besuche	
[css47]	Somatische Tagesklinik (inkl. Notdienst)	0 = Nein 1 = Ja	Tagesaufenthalte	

	Service	Service in Anspruch genommen? 0 = Nein 1 = Ja	Einheit	Zahl der Besuche (in den letzten 3 Monaten)
[css48]	Psychiatrische Tagesklinik		Besuche	
[css049]	Traumazentrum	0 = Nein 1 = Ja	Besuche	
[css052]	Andere _____	0 = Nein 1 = Ja		
[css054]	Andere _____	0 = Nein 1 = Ja		

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gebrauch von komplementären oder Sozialen Leistungen gemacht?

[css079] 0 = Nein 1 = Ja

[css080] Falls ja, bitte nennen Sie alle komplementären oder Sozialen Leistungen während der letzten 3 Monate auf.

	Service	Angebot in Anspruch genommen? 0 = Nein 1 = Ja	Zahl der Besuche (in den letzten 3 Monaten)	Durchschnittliche Dauer der Kontakte (in Minuten)
[css81]	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (SPDI)	0 = Nein 1 = Ja		
[css82]	Somatische Tagespflege	0 = Nein 1 = Ja		
[css83]	Gruppentherapie	0 = Nein 1 = Ja		
[css84]	Geschützte Werkstatt (z.B. Behindertenwerkstatt)	0 = Nein 1 = Ja		
[css85]	Spezielle Ausbildung (aufgrund der Einschränkung)	0 = Nein 1 = Ja		
[css88]	Andere _____	0 = Nein 1 = Ja		

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Gebrauch von ambulanten Leitungen gemacht?

[css115] 0 = Nein 1 = Ja

[css116] Falls ja, bitte führen Sie alle ambulanten Leistungen der letzten 3 Monate auf.

	Service	Angebot in Anspruch genommen?	Sektor (1 = govt; 2 = vol; 3 = private)	Zahl der Kontakte (in den letzten 3 Monaten)	Durchschnittliche Dauer der Kontakte (in Minuten)
[css117]	Niedergelassener Psychiater	0 = Nein 1 = Ja			
[css118]	Niedergelassener Psychologe	0 = Nein 1 = Ja			
[css119]	Allgemeinarzt/ Hausarzt	0 = Nein 1 = Ja			
[css120]	Ärzte anderer Fachrichtungen (z.B. Orthopädie)	0 = Nein 1 = Ja			
[css121]	Gemeindeschwester	0 = Nein 1 = Ja			
[css123]	Fallmanager	0 = Nein 1 = Ja			
[css124]	Sozialarbeiter	0 = Nein 1 = Ja			
[css125]	Ergotherapeut	0 = Nein 1 = Ja			
[css126]	Haushaltshilfe/ Mitarbeiter der Sozialstation	0 = Nein 1 = Ja			
[css128]	Peerbegleiter	0 = Nein 1 = Ja			
[css129]	Beratung (z.B. Erziehungs- oder Schuldnerberatung, etc.)	0 = Nein 1 = Ja			
[css130]	Karriereberatung (Jobcenter)	0 = Nein 1 = Ja			

	Service	Angebot in Anspruch genommen?	Sektor (1 = govt; 2 = vol; 3 = private)	Zahl der Kontakte (in den letzten 3 Monaten)	Durchschnittliche Dauer der Kontakte (in Minuten)
[css131]	Traditioneller Heiler (z.B. Heilpraktiker, TCM-Traditionelle Chinesische Medizin, ...)	0 = Nein 1 = Ja			
[css132]	Religiöser Heiler (z.B. Schamane)	0 = Nein 1 = Ja			
[css133]	Andere _____	0 = Nein 1 = Ja			
[css135]	Andere _____	0 = Nein 1 = Ja			

Waren Sie in den letzten 3 Monaten mit Polizei oder Justiz in Kontakt?

[css197] 0 = Nein 1 = Ja

Wenn ja:

[css198]	Wie viele Kontakte mit der Polizei fanden statt? (Kontakt = Befragung für einige Stunden, aber nicht über Nacht)	Kontakte	
[css199]	Wie viele Nächte wurden in Polizeigewahrsam oder Gefängnis verbracht?	Nächte	
[css200]	Wie viele psychiatrische Begutachtungen erfolgten während der Inhaftierung?	Anzahl Begutachtungen	
[css201]	Wie viele (straf- oder zivilrechtliche) Gerichtsvorladungen erfolgten?	Strafrechtlich	
[css202]		zivilrechtlich	

MEDIKATION

Haben Sie während des letzten Monats Medikamente genommen?

[css204] 0 = Nein 1 = Ja

Falls ja, bitte führen Sie alle während des letzten Monats genommenen, ärztlich verordneten Medikamente auf (Bitte beachten Sie, dass Medikamente im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung nicht aufgeführt werden. Sie sind bereits in den Pflegesätzen enthalten).

	Handelsname	Tägliche Dosis (falls bekannt)	Wie viele Tage im letzten Monat entsprechend der Verordnung eingenommen?	Depot Medikament 0 = Nein 1 = Ja
[css205]				
[css206]				
[css207]				
[css208]				
[css209]				
[css210]				
[css211]				
[css212]				

Haben Sie in den letzten 3 Monaten eigenes Geld ausgegeben, um Ihre Krankheit zu behandeln?

[css247] 0 = Nein 1 = Ja

[css248] Falls ja, haben Sie Geld ausgegeben für:

[css249] Psychiatrische und Psychotherapeutische Behandlung (z.B. IGEL-Leistungen ohne Medikamente)

0= Nein 1 = Ja

[css259] Wieviel: _____ €

[css250] Körperliche Behandlung (z.B. IGEL-Leistungen ohne Medikamente)

0= Nein 1= Ja

[css260] Wieviel: _____ €

[css251] Medikamente (für körperliche und/oder psychiatrische Medikamente)

0= Nein 1 = Ja

[css261] Wieviel: _____ €

[css252] Transport zu Arzt- oder Behandlungsterminen (z.B. Busfahrten, Taxifahrten, Krankentransport)

0= Nein 1 = Ja

[css262] Wieviel: _____ €